Rok XXX. Kraków, 10 Października 1891. Nr. 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O zwyrodnieniu koloidowem.

Napisał

Prof. A. Obrzut w Pradze.

(Odczyt[1]) miany na VI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich.)

Szanowni Panowie! Pojęcia nasze o różnych procesach degeneratywnych nie są jeszcze dzisiaj dokładnie ustalone, sama nazwa zbiorowa obejmująca te procesy, nazwa „zwyrodnień“ może być zakwestyjonowaną, jak to czyni Lukjanow, proponując słusznie dla tych spraw miano „metamorphosis“, „przemiana“. Nietylko jakość tych przemian, ale i przedmiot, który im ulega, nie są dokładnie określone. Zwolennicy a autorowie patologii celularnéj załatwiają się szybko z pytaniem, co podlega zwyrodnieniu, są to po prostu komórki składowe organu zwyrodniałego. Dla pewnych zwyrodnień ten punkt wyjścia jest zupełnie jasnym, jak np. dla zwyrodnienia miąższowego, tłuszczowego, hydropicznego i innych. Pozostaje nam jednak cały szereg innych zwyrodnień czyli raczéj przemian, w których właśnie przedmiot zwyrodnienia jest mniéj znanym. Że tu wspomnę tylko o tak zwanych zwyrodnieniach: skrobiowatem, szklistem (amyloid i hyalin) i koloidowem. Dla téj grupy zwyrodnień prawie na pewno dzisiaj twierdzić można, że punktem wyjścia całéj sprawy nie są komórki ani specyficzne, ani podstawowe łącznotkankowe jakiegoś organu uległego tym zwyrodnieniom. Istoty skrobiowata, szklista i koloidowa charakteryzujące te zwyrodnienia są zupełnie czemś nowem, jakiemś plus, które bywa złożonem w dotyczącym organie. Elementy komórkowe zachowują się tu zupełnie biernie, przez coraz bardziéj wzrastający ucisk tych nowych istot ulegają wcześniéj lub później zanikowi. Szczególniéj widocznem jestto w zwyrodnieniu skrobiowatem wątroby, gdzie amyloid występuje najpierw w przebiegu ścian naczyń włosowatych, i te są w ścisłym związku histogenetycznym ze zwyrodnieniem. Niewyjaśnionem dotąd jest tylko, gdzie układa się ta istota skrobiowata, na wewnętrznéj czy na zewnętrznéj stronie naczyń, czyli czy jestto prosta apozycyja, lub czy też ściana sama jest nią impregnowana, naciekła. Do wyjaśnienia tych pytań mniéj się nadają przypadki rozlanego amyloidu wątroby z naczyniami zmienionemi w równym stopniu. Tu amyloid przedstawia się w postaci prawie jednako grubych linij specyficznie reagujących na barwiki, a okalających beleczki wątroby. Na takich liniach nic nie odczytamy. O wiele więcéj pouczającemi pod tym względem są formy amyloidu występującego w postaci mniejszych ognisk ograniczonych do pewnych części miąższu wątrobowego. Na preparatach, które szan. Panom mogę przedstawić, można łatwo zauważyć, że jestto po prostu treść naczyń włosowatych wątroby uległa przemianie amyloidowéj, że jestto zwyrodnienie nie składników wątroby, lecz krwi naczyń włosowatych. Istota amyloidowa zlewa się w jednę masę ze ścianą naczynia, ta masa z jednéj strony prowadzi do zamknięcia światła naczynia włosowatego, z drugiéj przez ucisk do zaniku beleczek wątrobowych. Analogiczny wpływ na miąższ wątrobowy, na treść naczyń włosowatych w cyjanotycznéj atrofii tego organu, a obraz ulegających zanikowi beleczek wątrobowych w obu razach jest ten sam. Podobieństwo tych dwóch tak różnych procesów staje się jeszcze wyraźniejszem z powodu znacznego nieraz rozszerzenia przestworów włosowatych, wypełnionych istotą amyloidową. Cała w ogóle konfiguracyja beleczek wątrobowych, szerokość naczyń włosowatych są w obu razach te same (z wyjątkiem rozumie się lokalizacyi w zraziku), różnica polega tylko na treści naczyń włosowatych.

Nie widzę najmniejszego powodu, aby istota amyloidowa w innych organach, np. w kłębkach Malpighiego nerki lub naczyniach większych miała inną genezę. To samo da się powiedzieć o zwyrodnieniu szklistem, które tworzy tylko pewną odmianę skrobiowatego.

[1]) W streszczeniu.

Moje zapatrywania na te zwyrodnienia wypowiedziałem już zresztą poprzednio na innem miejscu. Dziś chciałbym wspomnieć jeszcze o zwyrodnieniu koloidowem.

Jak wiadomo, z wszystkich organów najczęściéj i w najwyższym stopniu temu zwyrodnieniu podlega gruczoł tarczykowy. Proces ten występuje tu albo w sposób rozlany albo w mniejszych i większych ogniskach często otorbionych. Wejrzenie mikroskopijne i zbitość tych ognisk są nadzwyczaj różne, podobieństwo do skrzepu pośmiertnego krwi lub organizującego się albo w różnych stadyjach rozpadu jest dosyć częste.

Co do pochodzenia istoty koloidowéj, wypełniającéj światło pęcherzyków gruczołowych, prowadzącéj wreszcie przez ucisk na ściany do zlewania się treści więcéj pęcherzyków sąsiednich w zbite różnie upostaciowane masy, to różne wypowiedziano już hipotezy. Przypuszczenie, że istota koloidowa pochodzi z przemiany przybłonków wyścielających pęcherzyki, daje chyba najmniéj podstawy do poważnéj dyskusyi; podobnie rzec można o hypotezie, która koloid uważa za wydzielinę tych komórek przybłonkowych. W obu razach nie mamy żadnych danych histologicznych, któreby usprawiedliwić mogły podobne zapatrywania. Pozostaje nam tedy jedyne możliwe źródło dla téj istoty, mianowicie jakaś substancyja, która wnika z zewnątrz do pęcherzyka i tu przemienia się dopiero w koloid. Obecność komórek przybłonkowych podług Klebsa ma mieć pewien wpływ na tę przemianę, „bo, powiada ten autor, po zniszczeniu przybłonków zdaje się nie mieć miejsca już żadne nowotworzenie koloidu w dotyczącym pęcherzyku, masy koloidowe powiększają się wtedy raczéj tylko przez spływanie z pojedynczych pęcherzyków, gdy wreszcie i przedziałki między niemi zanikają i zostają przerwane“. Główną przyczyną zanikania przybłonków Klebs upatruje w ucisku mas koloidowych. Ucisk ten nie będzie bez wpływu i na zanik przegród między pojedynczemi pęcherzykami. Aby po zniszczeniu przybłonków ucisk ten mas koloidowych trwał daléj, aby sprowadził zanik przegródek i aby *vacuum* po zniszczonych przegródkach wypełniło się masą koloidową, to myślę pierwszym warunkiem tego jest zwiększanie się mas koloidowych, czyli ich nowotworzenie nawet po zniszczeniu przybłonków. Dlatego powyższe rozumowanie Klebsa nie wydaje mi się ściśle logicznem, bez względu na to, że ta rola przybłonków byłaby tylko jedną niewiadomą więcéj w naszem zrównaniu.

Jaką ta może być istota, która wnika do wnętrza pęcherzyków i zkąd ona może pochodzić? Niejakie światło na te pytania może nam rzucić dokładne studyjum histologiczne gruczołów zwyrodniałych. Opis zmian dotyczących, jaki znajduję w literaturze tego przedmiotu, jest pod wielu względami niezupełnym. Przedewszystkiem te luki chciałbym wypełnić, nie wdając się bliżej w znane szczegóły. — Dosyć pobieżnie jest traktowany pewien objaw, jaki na brzegach i wśród mas koloidowych napotykamy, mianowicie tak zwane wakuole, których możemy rozróżnić dwa rodzaje. Jeden rodzaj reprezentują przestwory wielkie okrągławe lub owalne po jednym lub po dwa, rzadko więcéj w jednéj skupinie masy koloidowéj. Te wakuole robią wrażenie albo zupełnie próżnych przestworów czyli raczéj wypełnionych jakimś gazem, albo też złożone są z istoty optycznie zupełnie różnéj od reszty koloidu. Ta różnica szczególnie wtedy jest wydatną, gdy albo cała masa koloidowa silnie się barwi, a treść wakuoli jest bladą, bezbarwną, jednolitą lub delikatnie ziarnistą. Niekiedy tylko pierścień wakuoli silnie przyjmuje barwik.

Drugim rodzajem wakuol są tu przestwory okrągłe lub lekko owalne, robiące wrażenie próżnych. Najwięcéj uderza na tych wakuolach ich geometrycznie równa wielkość. Są one nieraz tak liczne, że cała nawet wielka bryłka koloidowa tworzy jakby siatkę, któréj oczkami są wakuole, a w któréj istota koloidowa wypełnia przestwory między oczkami *ad minimum* zredukowane. Te to wakuole są przyczyną półksiężycowatych zagłębień na brzegach mas koloidowych, które to wcięcia gęsto obok siebie ułożone powstają przez zanik masy koloidowéj, a może raczéj przez kurczenie się tejże. Najbardziéj na zewnątrz t. j. na samym obwodzie ułożone wakuole stają się wskutek tego półkolistemi i pół elipsowatemi zagłębieniami. Delikatne przegródki różnéj długości masy koloidowéj pomiędzy zagłębieniami obwodowemi sięgające aż do powłoki przybłonkowéj uchodziły dawniéj za dowód sekretorycznego powstawania koloidu z przybłonków. W niedawno utworzonym koloidzie, a za takowy można uważać nie barwiący się i blady, widzimy nieraz wakuole i masy koloidowe tworzące siatkę absolutnie identyczną z tą, jaką przy innéj sposobności jako siatkę hemoglobinową w wynaczynionéj krwi opisałem. Masa koloidowa optycznie niczem się tu nie różni od hemoglobiny lub zlanych z sobą ciałek czerwonych w jednolite żółto-zielonawe masy.

Ten to objaw był dla mnie przyczyną badania koloidu w tym kierunku, czy też koloid nie jest poprostu zmienioną krwią po wybroczynach do wnętrza pęcherzyków, zjawisku tak pospolitem w gruczole tarczykowym. Niektóre strumata na przekroju nie są niczem innem jak zbiorem cyst krwią wypełnionych. Otóż zachowanie się naczyń w przestworach międzypęcherzykowych potwierdza w zupełnie jasny sposób moje przypuszczenie. Widzimy bowiem często, jak naczynie krwionośne wnika do rozszerzonego pęcherzyka i jak szypułka bryłki koloidowéj stoi w związku z treścią tego naczynia. Treść naczynia wnikająca w ten sposób do pęcherzyka staje się jednolitą w warstwie przybłonkowéj, którą przerywa, przeważa się w cienką szypułkę, raczéj szyjkę i rozlewa się potem w świetle pęcherzyka. Tę przemianę krwi w istotę koloidową można często zauważyć i w naczyniach krwionośnych przetworów międzypęcherzykowych. Jakie przemiany chemiczne przechodzi krew, aby stała się koloidem, to pytanie zostawić musimy chemikom.

Wszystkie własności morfotyczne mas koloidowych, mianowicie tworzenia wakuol (obu rodzajów), własność barwienia się różnemi barwikami, możemy zauważyć w krwi i w innych organach. W samych zresztą masach koloidowych nie trudno znaleść resztek ciałek czerwonych różnie zmienionych. Pochodzenie mnóstwa niekiedy jąder w masach koloidowych również jest zrozumiałem, jeśli jako najobfitsze źródło istoty chromatycznéj uważamy ciałka czerwone krwi.

W zupełnéj zgodzie z tem przypuszczeniem co do pochodzenia koloidu pozostają okoliczności, że istota ta głównie tam się pojawia, gdzie i wybroczyny są zjawiskiem pospolitem, jak np. w nerkach, łożysku, nadnerczach, jakoteż to, że gruczoł tarczykowy wskutek swego unaczynienia, mianowicie częstéj stazy żylnéj (potęgowanéj chodzeniem po górach) jest bardzo skłonnym do wybroczyn.

Pochodzenie zatem hyaliny, amyloidu i koloidu jest jednakowem. Pozostaje tylko wyjaśnienie związku, jaki zachodzi między własnościami chemicznemi a morfotycznemi tych istot.

II. O leczeniu jaglicy (*Trachoma*).

Napisał

Dr. Franciszek Sroczyński,

I. asystent kliniki okul. prof. Rydla w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

Zobaczmyż teraz jaki jest zakres wskazań i co nam dać może leczenie chirurgiczne, zmierzające do ryczałtowego usunięcia zmian jaglicowych. Pierwsze zawiązki postępowania chirurgicznego w najłagodniejszéj formie występują w metodzie wygniatania. Pod tym względem wyprzedzili nas już starożytni Grecy, którzy za radą Hipokratesa rozdrapywali spojówkę jaglicową przez pocieranie milezyjską wełną, nawiniętą na kawałek drewienka. Sposób ten jednak nie doszedł u lekarzy greckich do znaczenia wyłącznéj ogólnéj metody, jak tłomaczy bowiem Anagnostakis, czynili oni to tylko w celu przygotowania spojówki dla energiczniejszego działania *cuprum sulfuricum*.

Do wysokości osobnéj metody leczniczéj, co prawda w postaci mniéj archaicznéj, urosło wygniatanie dopiero między rokiem 1872—1874 po równoczesnem niemal zaleceniu przez Cuiqueta, Mandelstamma i Wicherkiewicza.

Postępowanie to w pierwotnéj swéj postaci nadawało się pierwotnie tylko do górnej powieki, wygniatamy tu bowiem ziarna jaglicowe przez chwycenie załamku pomiędzy paznogciowe powierzchnie obu palców dużych, co na dolnej powiece z natury stosunków anatomicznych wykonać się nie daje. Udoskonalenie dalsze zawdzięczamy naszemu koledze Drowi Kramsztykowi z Warszawy, który dla ułatwienia manipulacyi na dolnéj spojówce podał osobną pensetę. Od biedy wystarczyć może w tym celu zwykła nieco bardziéj wykrzywiona penseta tęczówkowa, jak to zaleca Hotz z Chicago, a którą i ja również z zupełnem zadowoleniem się posługuję. Rezultaty osiągnięte przez wygniatanie są tak bijące w oczy, że spojówka już w kilka dni po zabiegu przedstawia obraz, którego i kilkumiesięcznem używaniem *cuprum* osiągnąćbyśmy nie zdołali[1]). Rzadko kiedy wystarcza jednorazowe wygniecenie, zazwyczaj okazuje się potrzebnem po pewnym czasie powtórzyć manipulacyję w miarę o ile nowe głębsze granulacyje wykwitły nad powierzchnię. Kto do metody téj dobiera starannie odpowiedne przypadki, ten bez przechwałki poszczycić się może poważną liczbą wyleczonych nieraz ciężkich przypadków w ciągu 6—8 tygodni. Z tem wszystkiem niedowierzająca rezerwa, z jaką zrazu świat okulistów przyjął nową metodę, nie dozwoliła jéj się odrazu rozpowszechnić.

Dopiero od roku 1886 po krótkim artykule Hotza [2]) zwrócono na nią baczniejszą uwagę i odtąd posypały się relacyje o świetnych nie przewyższonych niczem rezultatach tego sposobu. Jak zwykle, entuzyjazm i w tym przypadku zaszedł za daleko. Jeżeli Hotz twierdzi, że w każdym przypadku zaczyna leczenie jaglicy od zastosowania téj metody, to daloby się to tylko usprawiedliwić odmienną formą amerykańskiéj jaglicy. W przebiegu naszéj jaglicy odróżniamy za Raehlmanem trzy okresy. Okres pierwszy, tworzących się głębokich i drobnych ziarn jaglicowych, obok mniéj lub więcéj rozwiniętego przerostu brodawkowatego; okres drugi stłuszczenia ziarn, które poczynają się zlewać tworząc większe grudki, przybierają barwę żółtawo-szarą, a treść miękką galaretowatą łatwo wydostającą się przez kruche osłonki; stadyjum trzecie obejmuje zmiany polegające na zbliznowaceniu po poprzedniem owrzodzeniu granulacyj. O wygniataniu może być mowa jedynie w okresie stłuszczenia (okres drugi), w pierwszym granulacyje głębokie, drobne i oporne wygnieść się nie dają, w ostatniem zaś nie ma co wygniatać. Jeżeli do tego dodamy, że ziarna nie są jedynym produktem zapalenia egipskiego, że przeciwnie w większéj liczbie przypadków przerost brodawkowy przeważa, pojmiemy, że zakres wskazań dla metody wygniatania jest w rzeczywistości bardzo szczupły. Kilka odosobnionych granulacyj, które komuś w pierwszym lub na przejściu do trzeciego okresu uda się wygnieść, na przebieg sprawy miejscowéj i na komplikacyje z pewnością mało wpływa. O znakomitych rezultatach, jakie daje wygniatanie, można mówić tylko w drugiem stadyjum jaglicy w formach przeważających ziarn jaglicowych.

Przeglądnąwszy protokół ambulatoryjny naszej kliniki, znajduję, że w liczbie 519 chorych leczonych w ostatnich dwóch latach na jaglicę mogliśmy tylko w 36 zastosować wygniatanie, czyli zaledwie w 6% przypadków, mimo, że jak sądzę, żadnemu z przypadków kwalifikujących się nie odmówilibyśmy dobrodziejstwa tej metody. Odnośnie do wygniatania mogę zatem wypowiedzieć tezę: jest to sposób bez porównania lepszy i szybciej prowadzący do celu od wszystkich środków farmaceutycznych i w ogóle drażniących, zakres jednak wskazań tej metody jest nadzwyczaj ciasny, jeżeli z zastosowania jej chcemy odnieść rzeczywistą korzyść.

Przykład chirurgów robiących tak rozległe zastosowanie z „*Ferrum candens*“ musiał z konieczności odbić się i w leczeniu tak uporczywej choroby jak jaglica. Dopóki wytwarzanie żarn polegało na prymitywnem rozpalaniu żelaza w żarzących węglach, a choćby nawet na wynalazku Paquelina, nie mogli okuliści korzystać z tych grubych, niezbyt miniaturowych narzędzi. Dopiero galwanokaustyka pozwoliła okulistom wyzyskać należycie ten dzielny środek leczniczy. Pierwszy krok zrobił w tym względzie Korn z Wrocławia, który w roku 1870 zalecił gorąco galwanokaustykę dla ciężkich i niezbyt świeżych przypadków zapalenia egipskiego. Pomysł Korna przez długie lata pozostał bez oddźwięku, Korn bowiem posługiwał się grubym drutem, którym nadto manipulował jak *cuprum sulfuricum*, tuszując po płaszczyźnie spojówki. Nie dziw więc, że spotkał się z ostrą krytyką ze strony Justa, [1]) który w sposobie tym upatrywał tylko środek sprowadzający głębokie blizny, przy zastosowaniu silnego żaru. Jeszcze niefortunniejszym był pomysł Unterharnscheida [2]) z Akwizgranu, który drut platynowy

[1]) Niepożądaną właściwością téj metody jest jéj bolesność, na którą mało co wpływa zapuszczenie kokainy pod powiekę. Ból ten jednak nigdy nie jest tak silnym, iżby mógł skłonić nas do użycia narkozy. — [2]) *Die Behandlung des Trachoms durch Auspressen der Körner etc. Arch. f. Augenheilkunde* XVI.

[1]) *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1883.* — [2]) *Unterharnscheidt Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 1883.*

zastąpił szeroką płytą w celu wygodnego przypalania powierzchni. Dopiero Samelsohn z Kolonii podał racyonalne zasady użycia galwanokauteru w jaglicy. Celem uniknięcia rozległych blizn radzi on wypalać tylko pojedyncze ziarna, względnie większe przerosłe brodawki, do czego właśnie nadaje się bardzo szpiczasty palnik Sattlera-Niedena. Tym sposobem odpada zarzut sprowadzania rozległych blizn, wypalamy bowiem tylko utwory zgóry skazane na zbliznowacenie, a mogące w danym razie propagować sprawę jaglicową w coraz szerszych granicach.

Od tego czasu leczenie galwanokaustyczne poczęło zjednywać sobie coraz więcej zwolenników i to nie tylko w leczeniu zmian pierwotnych na spojówce, ale i komplikacyi rogówkowych, jak łuszczka i wrzody. W roku 1886 doniósł Fröhlich [1]) o znakomitych wynikach w leczeniu łuszczki jaglicowej po przypalaniu galwanokauterem granicy rogówkowo twardowkowej. Widział on przypadki, gdzie wzrok w trzy dni po tem postępowaniu z poczucia światła podnosił się do liczenia palców na kilka stóp. Profesor Hirschberg [2]) zaś z Berlina zaleca gorąco we wszystkich przypadkach poczynającej się ostréj łuszczki galwanokaustykę rąbka spojówkowego, twierdząc, że wstrzymuje to od razu szerzenie się sprawy. Sam pod tym względem nie mógłbym wykazać się własnem doświadczeniem i nie posługiwałem się w leczeniu łuszczki galwanokaustyką, nie sądzę bowiem, aby naczynia w rozwoju łuszczki odgrywały przeważną rolę i aby przypalanie pewnego obszaru naczyń odżywiających i tak już skromnie odżywianą rogówkę mogło wpłynąć korzystnie na jej odporność. Co do mnie, to w klinice dra Wicherkiewicza widziałem galwanokaustykę stosowaną na wielką skalę w jaglicy, sam zaś od trzech lat stósowałem galwanokaustykę w kilkunastu nadających się przypadkach.[3]) Procedura po jednorazowem zapuszczeniu kokainy jest prawie bez bolesną tak, że i dzieci małe dobrze ją i spokojnie znoszą. Na każdem posiedzeniu wypalałem kilka, najwyżej kilkanaście ziarn, ryczałtowe wypalenie mogłoby zbyt silną wzniecić reakcyę, względnie skutkiem wielkiej ilości strupów wywołać łatwo ekskoryacyje lub infiltracyje na rogówce. Na szczęście natura sama stawia tamę zbyt pochopnemu wypalaniu w ciągu jednego posiedzenia, spojówka bowiem po kilku ukłuciach zaczerwienia się i z lekka obrzmiewa, skutkiem czego reszta ziarn kryje się w spulchnioną tkankę. Wypalanie odbywać się powinno przy zachowaniu wszelkiej aseptyki, a po wypaleniu należy spłukać spojówkę sublimatem i zasypać miałki jodoform. W tych warunkach reakcya jest minimalną, a lekkie obrzmienie wnet ustępuje po półgodzinnem stosowaniu okładów zimnych. Tylko w początkowych okresach może wystarczyć jedno posiedzenie, w przypadkach średnich wypadnie kilka i więcej razy wypalić, a w dodatku dla usunięcia resztek przerostu tkanki stósować następowe leczenie zwykłemi środkami. Z 17-tu w ten sposób leczonych przypadków mógłem w czterech usunąć zmiany i w przeciągu czterech tygodni,[4]) co prawda te ostatnie należały do okresów początkowych, ograniczonych tylko do załamka bez afekcyi spojówki chrząstkowej, reszta wymagała nadto kilkutygodniowej kuracyi następowej zwykłemi środkami. Blizny powstające przy ostrej pętli galwanokaustycznej są minimalne, punktowate i jeżeli tylko forma jaglicy nie była zbyt rozlaną, nie wpływają ony wcale ani na rozległość worka spojówkowego, ani też na kształt chrząstki, kierunek ich bowiem jest prostopadły do powierzchni spojówki.

Natomiast zastosowanie galwanokaustyki z wyraźnym celem zniszczenia wszystkich produktów jaglicy w formach rozlanych, musiałoby z konieczności przyspieszyć tylko niepożądane następstwa rozległego zbliznowacenia worka spojówkowego. Z natury rzeczy zatem, i to jest moją tezą, nadaje się galwanokaustyka jedynie dla przypadków jaglicy w okresie początkowym, przy zajęciu nieznacznej części obszaru spojówki. Ze względu na ograniczony zakres wskazań dzieli ona los metody wygniatania, jakkolwiek nierównie więcéj przypadków da się leczyć galwanokaustyką, aniżeli wygniataniem, to ostatnie bowiem daje się uskutecznić jedynie tylko w stadyjum drugiem formy ziarninowej, podczas gdy w zakres galwanokaustyki wchodzą przypadki okresu pierwszego i drugiego nie wykluczając formy brodawkowej o większych wybujałościach.

Przypadki jaglicy ciężkie, rozlane na całą przestrzeń spojówki powiekowej, budziły oddawna pokusę u śmielszych lekarzy przypalania spojówki jaglicowej silniejszemi żrącemi środkami leczniczemi. I tak już w roku 1868 Richet, nieco później zaś Darier, zalecają dla ciężkich form, zwłaszcza przy twardych granulacyjach, zastosowanie kwasu chromowego. Neuimin zaś w roku 1886 podał dowcipny sposób, polegający na znanem żrącem działaniu zasypywania kalomelu przy wewnętrznem podawaniu K J. Sam przed kilku miesiącami zachęcony doniesieniem z kliniki Jurasza o pomyślnych rezultatach *acidum trichloroaceticum* w laryngologii i w leczeniu przerostu migdałków, rozpocząłem próby z tym środkiem, rychło jednak mimo uderzająco na razie pomyślnych wyników, po trzech przypadkach zaniechałem tego środka. Przerost spojówki i łuszczka ustępowały wprawdzie nadspodziewanie szybko, ale kosztem głębokich, rozległych blizn na spojówce. Wszystkie te środki po krótkim żywocie zeszły niespostrzeżenie z horyzontu i śmiało powiedzieć mogę, że wszelkie usiłowania wyleczenia jaglicy za pomocą jakichkolwiek drastycznych środków żrących, z góry uznać możemy za chybione, mimo bowiem szybkiego uporania się z chorobą, sprowadzimy w najlepszym razie następstwa, jakie jaglica w najgorszym razie za sobą pociąga, tj. ogólne zbliznowacenie z podwinięciem brzegu powiekowego i *„xerosis“* spojówki.

Prawie równocześnie z zaleceniem galwanokaustyki pojawiła się myśl ściśle operacyjnego usuwania jaglicy spojówkowej. Wprawdzie pierwsze prace Schnellera i Heisratha, którym Niemcy przypisują prawo pierwszeństwa, pojawiły się po roku 1882, wedle jednak wiarogodnego świadectwa Bracheta pierwszy Gałęzowski, bo już od roku 1870, kultywował metodę operacyjną.

Pierwotny typ téj operacyi zasadzał się na wycięciu części, lub całego załamka z oszczędzeniem tkanki podspojówkowéj i chrząstki z zakładaniem, lub też bez zakładania szwów. Zwolennikami tego sposobu operowania są Schneller i szkoła Gałęzowskiego. Praca Schnellera ogłoszona w piśmie tak ściśle naukowém jak „Archiv“ Graefego, musiała na siebie zwrócić powszechną uwagę, jakkolwiek wnioski przez

[1]) *Knapps Archiv für Augenheilkunde 1886 „über Galwanokaustik“.* — [2]) *Therapeutische Monatsblätter 1890.* — [3]) Od czasu zredagowania niniejszego referatu liczba ta wzrosła do 34. — [4]) Mam tu na myśli usunięcie radykalne, jak mnie bowiem dwuletnia obserwacyja pouczyła, przypadki te wolne były od „recydywy“.

niego wyprowadzone brzmiały tak legendarnie, że większa część poważniejszych okulistów odwróciła się od niego z niedowierzaniem, zapominając o tem, że i w przesadzie może się znaleść ziarnko prawdy. Schneller wyniki swoje streszcza w następujących tezach: 1) Wycięcie załamka redukuje czas leczenia jaglicy na 25 do 35 dni. Komplikacye ze strony rogówki, już istniejące, przedłużają leczenie tylko o dni kilka.

2) Linearna blizna, powstała po operacyi w miejscu załamka, jest bez znaczenia, ubytek bowiem spojówki w rezultacie jest zawsze mniejszy, niż część wycięta, której powierzchnia w następstwie obrzmienia zapalnego i przerostu jest zawsze w jaglicy zwiększona.

3) Komplikacyje ze strony rogówki, jak łuszczka i wrzody, ustępują bez zwykłéj terapii w przeciągu 10—16 dni, z wyjątkiem tylko przypadków, gdzie gojenie rany przebiegało z bujaniem granulacyj przyrannych, co może nie tylko przedłużyć leczenie następowe, ale nawet nowe wywołać infiltraty i wrzody.

4) Zmiany jaglicowe w pozostałej nie wyciętej części spojówki ustępują same bez następowego leczenia przy prostem tylko oczyszczaniu spojówki sublimatem.

5) Cierpienie zostaje wyleczonem radykalnie, recydywy nie zdarzają się.

Koroną optymizmu Schnellera jest punkt ostatni, w którym utrzymuje, że wycięcie załamka winno i w łuszczce skrofulicznéj wywrzeć pomyślne działanie.

Rzecz prosta, że tak bajeczne podania musiały oddziałać odstraszająco i zdyskredytować metodę operacyjną, nawet w lepszéj formie i trzeźwiéj zalecaną dwa lata przed tem przez Heisratha w piśmie co prawda nie specyalnie okulistycznem [1]), niedziw zatem, że sąd powag o leczeniu operacyjnem musiał wypaść potępiająco. Nie rozumiemy, odpowiedziano, w jaki sposób wycięcie załamka ma skrócić czas leczenia jaglicy, a nawet wyleczyć ją radykalnie, skoro jaglica w rzadkich tylko przypadkach ogranicza się do samego załamka. Ale przypuściwszy, że jakimś cudownym sposobem to osięga, cóż powiedzieć o metodzie, która z rozmysłu sprowadza to, co sama choroba nie leczona sprowadza, to jest, skrócenie worka spojowkowego, podwinięcie brzegu powiekowego, utrudnienie ruchów powiek, a nawet gałki ocznej [2])! Załamek, powiada Hotz, posiada ważne fizyologiczne działanie pośredniczenia biernego w ruchach powiek i gałki. Usunięcie załamka wywołać musi stan analogiczny do tego, jaki wywołuje „trachoma“ w okresie zbliznowacenia: „ptosis“ z utrudnieniem dźwigania powieki a pośrednio upośledzenie ruchów gałki. Zarzuty to ciężkie i z punktu teoretycznego zupełnie słuszne. Sam Schneller nieśmiało wprawdzie ale dość wyraźnie napomyka jakby nawiasem, że niektórzy z operowanych jego żalili się na nieco niższą szparę powiekową, i że oko nieco trudniej otwierać mogli. Ponieważ Schneller nazywa metodę swą metodą Heisratha, a praca ostatniego stała się mniej dostępną, rzecz naturalna, że surowy wyrok potępienia, słuszny zupełnie wobec postępowania Schnellera, metodą generalizowania spotkał też postępowanie Heisreitha, a z nim zaciężył nad operacyjnem leczeniem jaglicy w ogólności, zwłaszcza że sędziowie wydawali po większej części wyroki przy zielonym stoliku, nie na podstawie własnych doświadczeń.

Operacyja Heisratha różni się tymczasem kardynalnie od szablonowego wycinania załamka. Wychodząc z zasady, że największe złe jaglicy, t. j. łuszczka i wrzody, zależą jedynie od zmian na spojówce górnej, tę ostatnią tylko poddaje operacyi, stara się natomiast części schorzałe usunąć radykalnie, wycinając spojówkę wraz z chrząstką aż do granicy zmian jaglicowych. Operacyja odbywa się w głębokiej narkozie, załamek wyciągnięty ostremi haczykami przez asystenta oddziela się nożyczkami sunięternei w tkance podspojówkowej przy starannem oszczędzaniu tkanki podspojówkowej w części gałkowej i preparując aż do górnego brzegu chrząstki wycina się wraz z takową cięciem równoległem do brzegu powieki cały obszar schorzały. W ten sposób usuwał Heisrath często paski spojówki 1—1·5 cm. szerokie tak, iż nierzadko zaledwie 4—5 mm. wąski pasek spojówki chrząstkowej pozostawał. Na podstawie 230 operowanych w ten sposób przypadków, zalecił Heisrath metodę swą dla wszystkich cięższych chronicznych przypadków jaglicy, podnosząc szybkie ustępowanie komplikacyi, skrócenie znaczne czasu leczenia i zapobieganie recydywom. Złych następstw operacyjnych nie obserwował Heisrath. Rozgłos uzyskała metoda Heisratha dopiero w parę lat później, kiedy szkoła królewiecka pod opieką Jacobsona oświadczyła się za leczeniem operacyjnem. Prace Richtera [1]) i Vossiusa potwierdziły zupełnie podania Heisratha.

Na zjeździe okulistów w Heidelbergu w roku 1885 zalecił Vossius gorąco metodę Heisratha formułując korzyści tej metody w trzech punktach:

1) W skróceniu czasu leczenia jaglicy do kilku miesięcy nawet w przypadkach komplikacyj rogówkowych, gdzie terapija zwykła wymagałaby lat kilku.

2) W szybkiem przywróceniu zdolności do pracy u ludzi biednych, żołnierzy i studentów, których zawód koliduje często z długiem leczeniem zwykłym sposobem.

3) W zapobieganiu szerzenia się infekcyi wśród mas.

Zgodnie z twierdzeniem Heisratha tak Vossius, jak i inni operatowie nie obserwowali nigdy upośledzenia ruchomości powiek, ani entropium, a już najmniej owej kosmetycznie szpecącej ptosis, która w zarzutach teoretycznych przeciwników metody operacyjnej tak stale i konsekwentnie się powtarza. Co do mnie, nie mogę się poszczycić tak wysokiemi liczbami operowanej jaglicy jak Vossius, który w podręczniku swym mówi o 800 tego rodzaju operacyjach. Operowałem w myśl Heisratha dotychczas dopiero sześć przypadków, stosunki kliniki naszej bowiem nie dozwalają zazwyczaj przyjmowania chorych jaglicowych. Na podstawie tych sześciu przypadków pozostawionych mi łaskawie przez profesora Rydla, przekonałem się o zupełnej bezpodstawności powyższych zarzutów. I tak jako bezpośredni skutek operacyi nie tylko nie widziałem entropium ale nawet lekkie odstawanie powieki od gałki, co jest raczej pożądanem we wszystkich przypadkach łuszczki i wrzodów jaglicowych. Mechanizm jest tu wprost odwrotnym, niż przy prostem wycinaniu załamka z pozostawieniem całej chrząstki. Podczas gdy bowiem w ostatnim przypadku nienaruszona chrząstka w stosunku do pozostałej spojówki jest za wysoką, i po założeniu szwów w następstwie napięcia spojówki musi sprowadzić wykrzywienie takowej z podwinięciem brzegu wol-

[1]) Heisrath: *„Berliner klinische Wochenschrift* 1882. — [2]) Patrz między innemi: *„Archiv. für Augenheilkunde XVI“ „die Behandlung des Trachoms durch Auspressen der Körner im Gegensatz zur Excision der Übergangsfalten“*.

[1]) *Graefe's Archiv. für Ophthalmologie* XXXI T. 4.

nego, tutaj stosunek ten staje się albo normalnym lub odwrotnym, ztąd lekkie odstawanie powieki, które jednak w kilka dni po operacyi przy opatrunku uciskowym trwale ustępuje. Podobnież groźba ptosis okazała się w moich przypadkach zupełnie płonną: skutek był wprost przeciwny, mianowicie natychmiastowe uderzające zwiększenie wysokości szpary powiekowej. Spostrzeżenia przeciwne, których nie brak nawet w pracach zwolenników operacyjnego leczenia w ogólności, jak Schnellera a z naszych operatorów kolegi Ziemińskiego, tłomaczą się okolicznością, że autorowie ci albo wcale nie, lub też stosunkowo do wyciętej części załamka zamało wycinali chrząstki. W tych warunkach bowiem twarda i niepodatna chrząstka w stosunku do skróconego znacznie załamka jest za wysoką, aby mogła mimo napięcia załamka poddać się działaniu „*M. laevator palpebr. sup.*“ podczas gdy chrząstka skrócona wprost mechanicznie siłą szwów, a później blizną dźwigniętą zostaje ku górze, przyczém zyskuje nawet względnie na sile mięsień dźwigacz, w stosunku bowiem do ściętego brzegu górnego chrząstki operacyja działa analogicznie jak przemieszczenie ścięgna ku przodowi.

Co do wpływu operacyi na komplikacyje rogówkowe nie mógłbym zdania własnego wypowiedzieć, z sześciu bowiem moich przypadków tylko jeden cierpiał na łuszczkę, która przynajmniej w tym przypadku bynajmniej przez przeciąg 2 do 3-ch tygodni nie zmieniła się i skłoniła nas do użycia *Cuprum sulfuricum*. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Dr. Dahmer (Crefeld): **Nowy sposób przedwstępnego przysposobiania plwocin w celu badania prątków gruzliczych.**

Zamiast, jak Biedert podaje, plwociny przed barwieniem gotować z ługiem sodowym, ogrzewa D. takowe przez 15 minut w kąpieli wodnéj. Przez ogrzanie krzepnie białko. Po ostudzeniu opadają części stałe, bakteryje na dół kieliszka z sobą zabierając, gdy tymczasem od góry zbiera się biała, opalizująca ciecz, którą się delikatnie odlewa. Osad dolny, zbitości sera, rozciera się dokładnie w mozdzierzyku achatowym. Korzyści metody téj są następujące: 1) Odpada gotowanie z ługiem, a zatem czynność cała jest krótszą. 2) Skrzepnięte białko natychmiast na spód naczynia opada, gdy tymczasem używając metody Biederta często 2 dni na to czekać trzeba. 3) Osad daje się jednostajniéj na szkiełka rozetrzeć. 4) Prątki są jednostajnie rozdzielone, wskutek tego z ilości ich łatwiéj można wnosić o postępach choroby. 5) Prątki już przy pierwszém barwieniu stale się zabarwiają. Sposób ten został przyjęty przez Kocha i Pfuhla. (*M. med. Wr.* Nr. 38, 1891).

Patologija.

Sahli (Berno): **O przepłukiwaniu organizmu ludzkiego i doprowadzaniu wody w chorobach.**

Francuzi Dastre i Loye, wprowadzając zwierzętom wprost w żyłę rozczyn soli kuchennéj (0·7%) spostrzegli, iż infuzyja taka działa moczopędnie, i że można ją bezkarnie godzin kilka utrzymywać. Pewną ilość wody zatrzymywał organizm zwierzęcy czas dłuższy, jeżeli jednak infuzyja trwała daléj, diureza rozpoczynała się i tyle zawsze moczu odchodziło, ile wody do żyły wprowadzono. Organizm w ten sposób stawał się sitem lub pewnego rodzaju beczką Danaid. Mocz oddawany zawierał początkowo prawidłową ilość moczanów, w miarę jednak trwania tego „przepłukiwania“, mocz stawał się bardziéj wodnisty i tracił na ciężarze gatunkowym. Oppenheim i Mayer powtórzyli doświadczenie Dastra i przyszli do przekonania, że cały ten zabieg do lepszego wyługowania mocznika z organizmu się przyczynia. Samo nasunęło się teraz pytanie, czy w przypadkach samozakażeń organizmu (*antointoxicatio*), jak w uremii, cholemii, acholii i w *coma diabeticum*, tego rodzaju przepłukiwania nie dadzą się użyć w celach leczniczych. Próby w tym celu przez Dastra na zwierzętach rozpoczęte, nie udały się, a według Sahlego dlatego, iż robione były po zaszczepieniu wąglika i nosacizny, a nieudowodnioną jeszcze jest rzeczą, czy choroby te na istnieniu w organizmie trucizny chemicznéj polegają. Sahli zmodyfikował też sposób infuzyi wprost do żyły, zastępując ją hypodermatoklysą Cantaniego, a uważając za rzecz nieobojętną wystawiać całemi godzinami odsłoniętą żyłę na działanie zewnętrznego powietrza, przystąpił wprost do doświadczeń na człowieku i osiągnął bardzo zachęcające wyniki w przypadkach uremii i w durze z silnemi przypadłościami durzycowemi (*status typhosus*).

Przyrząd za pomocą, którego wprowadzał znaczną ilość wody zazwyczaj w skórę brzucha, składa się z flaszki Erlenmeyera mogącéj 1 litr wody pomieścić. Do niéj przez kauczukowy szczelnie przylegający korek wchodzą dwie rurki i termometr. Obydwie rurki schodzą aż na dno flaszki, a do końca wewnętrznego drugiéj, 2 razy pod kątem prostym zagiętéj rurki, przymocowaną jest rura kauczukowa kaniulą ostrą zaopatrzona. Cały przyrząd działa jak lewar, a przez niższe lub wyższe ustawienie flaszki, można pod różnem ciśnieniem wodę pod skórę wprowadzać. Rozczyn solny (0·7%) powinien być sterylizowany i posiadać ciepłotę ciała. Da się to osiągnąć przez ogrzanie całéj flaszki. Tego rodzaju infuzyja jest czasem bolesną, jednak znaczne nawet ilości wody szybko zostają wessane (15 minut), a ból ustępuje. Z przytoczonych historyj chorób dowiadujemy się, iż w przypadkach uremii wprowadzał S. cztery razy dziennie po 1 litrze wody, przyczem ilość moczu jakoteż i części jego stałych każdorazowo się zwiększała, a objawy zatrucia moczowego zupełnie ustępowały. Hypodermatoklyza w tych przypadkach tylko wtedy przeciwwskazaną będzie, jeżeli w skutek znacznéj puchliny czynność serca jest lichą i jeżeli spostrzegamy początki obrzęku płuc. Często możemy łączyć z zabiegiem tym leczenie apteczne. Opierając się na najnowszych badaniach Briegera, że *status typhosus* także tylko jest objawem samego zakażenia tyfotoksynami, użył Sahli podskórnych wstrzykiwań znacznych ilości wody w celu wypłukania z organizmu jadu durowego. I w tych przypadkach oddawanie moczu zwiększało się, tętno stawało się silniejsze, przytomność wracała i cały stan chorego znacznie się polepszał. Zabieg wpływał nawet obniżająco na ciepłotę. Korzystne działanie w durze nie tylko przypisać należy wydalaniu toksynu z organizmu, ale jak i w cholerze w dostarczaniu organizmowi wody. W durze bowiem skutkiem gorączki i biegunki także do znacznéj jéj utraty, a następnie do zagęszczania krwi i wysuszenia tkanek przychodzi, a dowodem tego suchość ciała i języka.

W przypadkach chemicznego zatrucia metalami (u robotników) wskazaną jest również hypodermeklyza. W przytoczonéj historyi choroby czytamy, iż u robotnika z hydrargyrozą ilość moczu powiększyła się o 5300 cc., przyczem ilość stałych składników z 60 do 107 gr. wzrosła.

Wprowadzenie znacznych ilości wody w chorobach zakaźnych, czy to *per os* czy pod skórę, ma w ogóle doniosłe znaczenie i przez lekarzy zaniedbywane być nie powinno, albowiem woda przechodząc przez organizm zwiększa ilość moczu i do szybszego wydalania składników chorobotwórczych się przyczynia. (*Volkm. Sammlg. kl. Vortrg.* 1890 Nr. 11).

Dr. Mendelsburg.

Terapija.

Dr. Franciszek Chłapowski: **O nasieniotoku i jego leczeniu.**

Jak autor sam na wstępie zaznacza, nie występuje w rozprawie niniejszéj z nowemi badaniami, lub odmiennemi od znanych spostrzeżeniami. Natomiast daje nam Ch. monografiję dość wyczerpującą tego uporczywego cierpienia, które tak bardzo daje się we znaki nietylko pacyjentom, ale i lekarzom, a które niedość jest opracowane w literaturze szcze-

gólnie swojskiéj tak, że co do powstawania i leczenia téj choroby u lekarzy istnieją bardzo mylne zapatrywania.

Co do etyjologii nasieniotoku nie przypisuje Ch. zmianom miejscowym w krokowéj części cewki moczowéj wielkiego znaczenia, jakkolwiek przyznaje, że przewlekła rzeżączka może sprowadzić niedomykalność przewodów wytryskowych (*duct. ejaculatorii*); podobny wpływ wywrzeć mogą i inne cierpienia cewki moczowéj, jakoteż pęcherza lub odbytnicy. Nierównie częstszą przyczyną nasieniotoku są cierpienia nie miejscowe, lecz ogólne, głównie neurastenija, niekiedy także inne choroby układu nerwowego środkowego. W niektórych przypadkach téj kategoryi stała utrata nasienia działa osłabiająco na układ nerwowy i w ten sposób powstaje błędne koło, z którego wyjście jest trudnem. Autor podnosi jednak, że na utraty te nie wszystkie ustroje jednakowo oddziaływają, odporność niektórych organizmów jest bardzo znaczną, jak tego dowodzą przykłady ludzi oddających się samogwałtowi, u których nałóg ten niemal żadnych nie pozostawia śladów, podczas gdy u innych sprowadza poważne zaburzenia. Ostro występuje autor przeciw mniemaniu głęboko niestety zakorzenionemu, jakoby wstrzymywanie się od spółkowania mogło stać się powodem nasieniotoku. Dostaje się też coś zwolennikom injekcyj soku jądrowego lub sperminy (Brown-Séquard).

Trudno tu powtórzyć symptomatologiję nasieniotoku i towarzyszących mu objawów nerwowych, które Dr. Chłapowski szczegółowo przedstawił; nie dozwalają tego ramy krótkiego sprawozdania. Ciekawych odsyłamy do oryginału.

Co do leczenia, to zgromiwszy przedewszystkim tych, którzy uważając nasieniotok za następstwo „abstinencyi“, rzucają swych pacyjentów w ramiona prostytucyi i przedstawiwszy smutne następstwa tego postępowania, każe autor zwrócić główną uwagę przeciw cierpieniu podstawowemu, a więc najczęściéj walczyć przeciw neurastenii. Z lekarstw niewątpliwie działają nieraz skutecznie lupulina, strychnina, kamfora i ergotyna; z tych działanie wytłómaczone jest tylko co do ostatniego środka (zwęża naczynia zaopatrujące ośrodki nerwowe w mózgu i rdzeniu). Morfina jest również nieraz skuteczną, ma jednak tę wadę, że sprowadza zaparcie stolca. Wspomina również o bromku sodu (3—6 gr. dziennie), azotanie srebrowym, przetworach żelazowych, arszeniku. Dobry skutek widział Ch. po stosowaniu tłuszczów, a nadto radzi szczególnie zwracać uwagę na uregulowanie stolca.

Następnie przechodzi autor do leczenia miejscowego, które w przypadkach nasieniotoku wywołanego przez rzeżączkę jest wskazane. Tu należy prócz działania na błonę śluzową cewki środkami ściągającemi lub przyżegającemi, wprowadzanie do cewki dylatatorów, świeczek, ochładzanie jéj zapomocą psychroforu i wreszcie stosowanie prądu galwanicznego, przerywanego w okolicę części rodnych.

Szczególnie jednak zaleca autor środek czysto mechaniczny, zastosowany pierwszy raz przez Trousseaua, polegający na wprowadzeniu choremu do odbytnicy przyrządu z drzewa lub metalu kształtu jajowatego, którego działanie jest tego rodzaju, że wyciąga gruczoł krokowy ku górze i rozciąga w ten sposób cewkę i jéj naczynia. Przyrząd ten zaopatrzony otworkiem do wypuszczania wiatrów chory nosi stale i wyjmuje go tylko podczas oddawania stolca. Rezultaty otrzymane z tym przyrządem, (które dr. Chłapowski na podstawie własnych spostrzeżeń przytacza), są bardzo zachęcające. (Osobne odbicie z *Nowin Lekarskich* Nr. 6—8. 1891. str. 13, z rycinami). *Dr. A. Beck.*

Farmakologija.

Dr. Korsch: **Doświadczenia nad leczniczą wartością wody arszeniko-żelazistej źródła Gubera w Srebrnicy w Bośnii.**

Powszechnie cenionem jest działanie kw. arsenawego w przypadkach bezkrwistości, blednicy, chery zimniczéj i gruźliczéj. Przetwór ten zwiększa stanowczo ilość czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie i przyczynia się skutkiem tego do większego osadzania się tłuszczu w tkankach podskórnych. Trujące działanie arszeniku polega głównie na odbieraniu krwi żelaza, tworząc z nim połączenia nie dające się utleniać; dlatego leczenie za pomocą wód arszenikalnych, w których kwas arsenawy znajduje się wraz z żelazem, jest już ze względu na możność zadawania większych dawek racyjonalniejszym, niżeli podawanie tak powszechnie dotychczas używanego roztworu Fowlera. Z istniejących źródeł arszenikowych (Levico-Ronsegno) bośniackie źródło Gubera w Srebrenicy, dzierżawione przez znaną firmę Mattoniego, poszczycić się może największą ilością żelaza, dlatego i skuteczność jego znaczniejszą być musi. Korsch leczył źródłem Gubera nietylko przypadki bezkrwistości wrodzonéj u dziewcząt z przypadami nerwowemi, ale także u kobiet zamężnych bezpłodnych, u których anemija miała za podstawę zboczenia płciowe a szczególniéj zanadto obfite miesiączkowanie i silne upławy. Z przytoczonéj kazuistyki przekonać się możemy, że działanie źródła tego pomyślnym skutkiem było uwieńczone. Kobiety po pewnym czasie traciły upławy, zaczęły miesiączkować normalnie i ostatecznie zastępowały. Także w przypadkach reumatyzmu mięśniowego podawana woda Gubera cierpienie łatwo usuwała. (*Memorabilien* zeszyt 6, 1890). *Dr. Mendelsburg.*

Medycyna sądowa.

Prof. I. Kratter (Insbruck): **O ciekawem działaniu piorunu.**

Rozpoznanie śmierci z rażenia piorunem jest rzeczą nader trudną, zwłaszcza że tak zwane figury piorunowe, jakie się spotkać zdarza na ciele piorunem rażonych, należą do nieczęstych zjawisk. W przypadku, jaki się dostał pod ocenę prof. K., znaleziono w kieszeni denata wrzekomo rażonego piorunem masę złożoną z zespojonych i na brzegach stopionych centów i czworaka. — Zlutowanie takie centów i stopienie ich brzegów może nastąpić za zadziałaniem wysokiéj ciepłoty, jaką elektryczność jest w stanie wywiązać. K. wkładał centy do rury drzewianéj i przepuszczał przez rurę mocne prądy elektryczne, przyczem się przekonał, że już prądy o natężeniu takiem, z jakiem w celach technicznych użytek znajdują, stopnienie i zlutowanie przedmiotów metalowych wywołują. Ten fakt przekonywa, że do stopienia i zespojenia przedmiotów metalowych nie tylko cała iskra piorunowa, często do 9 mil geogr. długa, ale także część jéj mała wystarcza. Stopienie to występuje tylko na brzegach kawałków metalu, widocznie tam, gdzie iskra z jednego kawałka na drugi pada. Pieniądze o mniejszym przekroju, np. półcenty, przy równem natężeniu prądu prędzéj i silniéj ze sobą się spajają niż pieniądze o przekroju większym, np. centy stare, zbrudzone i warstwą tlenku miedzi (złych przewodników elektryczności) powleczone monety prędzéj i łatwiéj niż nowe i czyste; luźnie między sobą ułożone łatwiéj niż zwarte w ścisłą kolumnę. Pojaw ten zlutowania monet lub innych metalowych przedmiotów u denatów znajdowanych, po wykluczeniu innych przyczyn nagłéj śmierci, przemawia zdaniem autora za zadziałaniem mocnego prądu elektrycznego tak piorunu, jak i prądu w celach technicznych używanego. (*Vierteljschr. f. gericht. Med.* 1891, II. Bd.) *Dr. Wachholtz.*

IV. Przyczynki do epidemijologii Wschodu.

Podał

W. Jabłonowski.

Niezbyt dawno wyraziliśmy przekonanie, że w obec corocznie już powtarzających się wybuchów cholery w prowincyjach arabskich nad morzem Czerwonem, jak również w Syryi i Mezopotamii, w obec wielkiego prawdopodobieństwa rozwleczenia się zarazy jeszcze bardziéj na północ — organa czuwające nad zastosowaniem środków ochronnych przeciwko przerzutowi chorób zakaźnych ze Wschodu ku nam, rozwiną całą energiję, aby jeżeli już nie zmienić zupełnie dotychczasowego systemu profilaktycznego, to przynajmniéj wprowadzić weń ulepszenia, wykazane postępami hygijeny i nabytem doświadczeniem. Gdy więc dzisiaj sfery najbardziéj interesowane wyczekują decyzyj zapadłych na ostatnim Zjeździe międzynarodowym hygijenistów w Lon-

dynie; gdy światłe przynajmniéj warstwy społeczeństwa wyrozumiały i przekonały się wreszcie, że przestrzeganie przepisów hygijenicznych zapewnia zdrowie i życie, usuwa nędzę, że „Hygijena stała się istotną częścią ekonomii politycznéj“ (Brouardel) — my, z punktu naszego wschodniego stanowiska, winniśmy uwydatnić i ocenić warunki zdrowotne miejscowe i to wszystko, co zostało przedsiewziętem lub dokonanem ku ich polepszeniu. Od mniéj lub więcéj silnego natężenia w rozwoju chorób zakaźnych właściwych Wschodowi, od zwracania bacznéj uwagi na częste ich powtarzanie się, prawie zawsze z charakterem morderczych epidemij, zależy i pośpiech, z jakim środki ostrożności zwykle zastosowują.

Po kongresach międzynarodowych w Carogrodzie, Hadze i Rzymie doszłych wprawdzie do skutku, lecz pozostałych bez praktycznego rezultatu, pamiętamy, jak wielkie wrażenie wywarły w łonie Akademii nauk w Paryżu omówione przez profesora Prousta warunki epidemijologiczne Wschodu, przebiegi cholery w Arabii i dżumy w Persyi! Uczony hygijenista i inspektor jeneralny służby zdrowia we Francyi z całem przekonaniem i energiją przemawiał tam za koniecznością utrzymania tak zwanych „kwarantan“ czyli nad potrzebą pozostania przy stale ulepszanym systemie ostrożności międzynarodowych przeciwko cholerze. Żądanie to zostało opartem na udowodnionem i zbytjuż częstem powtarzaniu się cholery, czego jawny dowód mamy i w tegorocznym jéj wybuchu nad morzem Czerwonem i odnowieniu się jéj w Alepie i okolicy. Powody tego smutnego faktu i obaw dla ogólnego ustroju zdrowotnego, rozpatrzę i przedstawię nieco szczegółowiéj, opierając się na dowodach zaczerpniętych z urzędowych sprawozdań i z doświadczeń niektórych kolegów wysłanych na miejsce, gdzie się szerzyła zaraza.

Każdym więc razem, gdy ludy zamieszkujące obszerne państwo Otomańskie są wolne od sytuacyi, w obszernem słowa znaczeniu nazywanéj epidemiją, wtedy taki stan zdrowotny uważa się za zadowalający. — Ogniska bowiem duru, ospy, małe epidemije dławca i wysoka śmiertelność wskutek gruźlicy płuc, to stany interesujące przeważnie lekarzy praktyków. Dla hygijenisty zaś wschodniego oczywiście potrzeba, ażeby ustrój zdrowotny „zadowalający“ został koniecznie zachwiany stanem patologicznym, nie szerzącym się tylko w pewnych ograniczonych okolicach, lecz morderczo oddziaływającym na całe masy ludności. Wtedy to dopiero powołani i laicy rozwijają większą energiję i rozprawiając nad środkami ochronnemi dochodzą niekiedy do możności ich zastosowania, lecz prawie zawsze niedokładnego i najczęściéj opóźnionego, z powodu saméj odległości istotnych ognisk zakaźnych.

Taką też była sytuacyja zdrowotna w Turcyi od początku bieżącego roku aż do końca kwietnia. W całym bowiem kraju ustrój zdrowotny, choć zawsze pozostawiający coś do życzenia, nie był jednak zatrważającym. Lecz z początkiem maja patologiczny stan rzeczy przybrał charakter daleko groźniejszy, rozwinąwszy najwyższe gorączkowe wrażenie tak w sferach rządzących, jak również i w dziennikarstwie! Cholera bowiem wybuchła w lazarecie na wyspie Kameranie, pośród pielgrzymów indyjskich, przywiezionych na parostatku angielskim „Skultor“, a pochodzącym z Bombaju. Zapewniano, że parostatek ten w ciągu swéj podróży, trwającéj do dni siedmnastu, nie miał na pokładzie żadnego przypadku zarazy. Gdy jednak kilkunastu pielgrzymów zmarło na cholerę w samym Kameranie, parostatek ulegając naleganiom licznych podróżnych, zabrał ich znowu z lazaretu, aby odwieść z powrotem do Bombaju. W istocie też odjazd nastąpił 22-go maja. Pomimo jednak, że kilku pielgrzymów znalazło możność pozostania w Kameranie, zkąd nieco późniéj udali się do Dżeddy, odtąd wszakże przypadków cholery nie zauważano więcéj w lazarecie.

Lecz na kilka dni przed uroczystościami mahometan w Mekce, które w tym roku przypadły na 15-go lipca, dwóch pielgrzymów malajczyków, powracających z Medyny i jeden przybyły z Dżeddy, zapadli na cholerę w saméj Mekce. — Początek więc tegorocznéj zarazy na półwyspie arabskim wypada odnieść do téj daty. Śmiertelność, dochodząca zrazu do 30 stu zejść na dzień, wkrótce podniosła się do 400 stu przypadków, tak straszne zniszczenie szerząc w ciągu kilku dni. Wiemy też z urzędowych wykazów, że od 11-go lipca do 6-go sierpnia było 3645 przypadków cholery. Jednakże bliższem będzie prawdy, gdy powiemy, że istotna liczba padłych tam na cholerę da się podnieść do liczby ośmiu tysięcy. Tak gwałtowne i szybkie szerzenie się zarazy, wywołując rozpierzchnięcie się pielgrzymów po dalszéj okolicy, sprowadziło zrazu złagodzenie zarazy, a następnie jak to zwykło bywać, zupełne jéj ustanie. Z początkiem też września cholera tegoroczna w świętych miejscach Islamu została uznaną za wygasłą. Bo jakkolwiek w okolicach Dżeddy miano jeszcze do czynienia z cholerycznymi, to jednak przypadki zarazy były tam lekkie i rzadkie. W obowiązku zas kwarantanowym w El-Tor, do którego skierowanymi byli pielgrzymi powracający do Europy, Egiptu i południowych wybrzeży afrykańskich, lekarze tam czuwający nie zauważali więcéj przypadków cholery. — Stanem zaś patologicznym wzbudzającym pewną obawę, była to dyzenteryja, rozpoznana ściśle drogą badań bakteryjologicznych. Wiadomość tę zawdzięczamy szan. kol. drowi Karlińskiemu, którego nielitościwy los służbowy, z wyżyn bosańskiego Perium, przeniósł nad morze Czerwone do El-Tor, dając możność umiejętnego przekonania się o istotnym stanie zdrowotnym pielgrzymów.

Północne okolice Syryi i w ciągu tegorocznego lata nie pozostały wolnemi od spłacenia haraczu zarazie, uważanéj tam za umiejscowioną prawie. Tam to w początkach czerwca stan zdrowotny mieszkańców w miejscowości Herim zaznaczył się szeregiem cierpień natury podejrzanéj i bardzo podobnych do przypadów cholerycznych. Wkrótce jednak fachowo i urzędownie dało się potwierdzić, że ta podejrzenie wzbudzająca choroba nie jest czem innem, jak tylko prawdziwą cholerą. Nie czekano też na szybki jéj rozwój. Z powyżéj zacytowanego punktu zaraza przerzuciła się do Aleppo. Piękne miasto stało się znowu ogniskiem dość silnéj epidemii, wkrótce rozwleczonéj i na dalszą okolicę i sięgającéj w kierunku ku morzu do Antyjochii, Bejlanu i Aleksandrettty. Na południu choroba ukazała się na pół drogi między Alepem i Hama, wyłącznie zaś w miasteczku Maarat. Daléj i nieco na wschód zostało dotkniętych kilka wiejskich osad w pobliżu prawego wybrzeża Eufratu. Najsilniejsze jednak i najwydatniejsze natężenie zaraza okazała w swym postępie na północ i północny wschód, grożąc ludnym miastom położonym przy drogach, prowadzących ku zachodniemu Kurdystanowi. Należy też zanotować, że tegoroczna cholera w Syryi i pewnych okolicach Mezopotamii zdaje się, że zmieniła typ zachowywany w uprzednich jéj postępach. — Z etapowego bowiem i stosunkowo łatwo dającego się oznaczyć punktu widzimy ją w tym roku wybuchającą w punktach oddzielnych położonych nawet w dali od punktów dotkniętych istotną epidemiją, a niemniéj i przedzielonych od niéj przeszkodami utrudniającemi częsty stosunek mieszkańców jednych z drugimi. Przykładem tego jest miasto Orfa, położone na północny wschód od Aleppa i odległe o siedm dni jazdy konnéj. Niemniéj jednak i tam zaraza okazała się bardzo morderczą.

Prócz epidemii cholery na wschodniem wybrzeżu morza Czerwonego, spotykamy ją także w Massuah, dokąd prawdopodobnie została przeniesioną z Indyj także drogą parostatków angielskich. W téj to miejscowości zajętéj dziś przez Włochów, śmiertelność wywołana cholerą była zarówno silną tak pośród europejczyków, jak i miejscowych. Stolica Persyi nadesłała nam również groźne wieści. Tam także zauważono przypadki cholery, słusznie uważanéj za zagrażającą posiadłościom ruskim transkaspijskim, a może i Turkestanowi nawet. Wreszcie przeniosłszy uwagę aż do głębokiego wschodu, spotykamy cholerę w Syngapurze, przeniesioną tam przez okręt, mający na swym pokładzie 800 robotników „Kaooli“, pośród których w czasie podróży z Kalkuty zmarło sześćdziesiąt osób. Komendant jednak okrętu ukrywszy starannie to niekorzystne zdarzenie, naj-

swobodniéj wysadził na ląd swych podróżnych, którzy też i przenieśli zarazę na półwysep Malakka. Dowód to pieczołowitéj ostrożności ze strony indo-angielskiéj! Że jest ona upornie zaniedbywaną, potwierdza także przerzucenie się zarazy na dwa wojenne parostatki angielskie, pozostające w przystani przed Bombajem. Na nich w ciągu doby zauważono pośród załogi trzydzieści przypadków cholery, z których dziewięć miały fatalne zejście. Nie zapominajmy zacytować i faktu zaszłego w zatoce Suezu. Kapitan jednego z parostatków angielskich, pochodzącego z miejsc zakażonych nie chciał się po prostu poddać pozostaniu w El-Tor w ciągu dni naznaczonych na obserwacyję sanitarną. Na swoich wodach zamiar swój przeprowadziłby był do skutku. Tu jednak zmuszono go do poddania się regulaminowi międzynarodowemu, pomimo wszelkich pogróżek, najeżenia się grzywy lwa albiońskiego.

Wielostronne niebezpieczeństwo obudziło znowu czujność w sferach władz administracyjnych i kompetentnych. Nie zwlekały też one z zastosowaniem możebnych środków ostrożności sanitarnych. Ponawiając rozkaz najściślejszego obserwowania przepisów dotyczących traktowania okrętów przewozowych i pielgrzymów indyjskich dążących do Mekki, ustalono w lazarecie na wyspie Kamerun przyrząd desinfekcyjny systemu Geneste-Herszer. Na razie jednak nie należy sądzić, ażeby zastosowanie odwietrzań gorącą parą wodną dać miało zaraz pożądany rezultat. Byłoby to wymagać za wiele od tutejszych dążności zapobiegawczych! Niemniéj jednak sam już fakt ustalenia przyrządu desinfekcyjnego w jednéj z najgłówniejszych stacyj kwarantanowych jest już dowodem znacznego postępu, choć powolnego, lecz zawsze wzbudzającego większą niż dotąd otuchę i ufność w możebność złagodzenia siły zarazy. Czynna zaś od lutego komisyja lekarska na posterunku w Kameranie została w tym roku wzmocniona powagą takiéj osobistości jak Aryfa bey, wice-prezydenta międzynarodowéj rady zdrowia w Carogrodzie. Jego charakter jako muzułmanina oddziaływał też dodatnio na zfanatyzowane tłumy pielgrzymów. Komisarz też sułtański rozwinął całą swą energiję i pieczołowitość. Zwiedzając główniejsze posterunki, wszędzie pozostawiał dowody wspaniałomyślności sułtanskiéj, ustalając większą ilość namiotów, zaopatrując w żywność, rozdając sumy na koszta podróży dla niezamożnych pielgrzymów, a niemniéj też i wzmacniając czujność sanitarną lekarzami i wojskiem. Skoro więc nie szczędzono zabiegów i starań, to i rezultaty okazały się pomyślniejszemi aniżeli w roku przeszłym. Śmiertelność bowiem pośród pielgrzymów zapadłych na cholerę, jakkolwiek zawsze wysoka, okazała się tą razą nieco łagodniejszą.

Kwestyja posterunków na lądzie, czyli tak zwanych łańcuchów sanitarnych, także nie została pominiętą, pomimo całéj jéj małoważności. Dla przerwania stosunków okolic Mezopotamii z północną Syryją ustalono straże ponad wybrzeżem Eufratu, w miastach Messudieh, Birodżyku i Rumkaleh. Wielkorządca prowincyi Aleppo nakazał spalić namioty i wszystko, co w czasie epidemii w roku przeszłym służyło do ochrony luo użytku cholerycznych. Władze więc tureckie nie zwracały wcale uwagi w tym razie na jakieś względy ekonomiczne. Upokorzyły tem rząd egipski i wykazały całą jego niepraktyczność w wydaniu rozkazu, aby dla zmniejszenia kosztów nic nie niszczono z pozostałości po cholerycznych! W istocie, oszczędność to chyba godna najnędzniejszego „fellacha“. Daléj, władze otrzymały rozkaz wzbronienia grzebania zwłok cholerycznych na cmentarzach już egzystujących, a tylko na miejscach na uboczu i zupełnie oddalonych od miast i wsi. Poruszono także kwestyję utrzymywania należytéj czystości w miastach takich przynajmniéj jak Aleppo i Orfa. A dla pokrycia wydatków nałożono większy podatek na zamożniejszych przemysłowców. Dla zapewnienia się zaś, ażeby okręty służące do przewozu pielgrzymów powracających do Europy, dla poddania się formalnościom sanitarnym, udawały się do lazaretu w Klazomeni, w zatoce smyrneńskiéj, posłano tam parostatek wojenny, który stojąc na kotwicy przy zameczku Jeni-Kaleh, jest obowiązanym strzedz pilnie ruchu parostatków w zatoce i przy najmniejszem podejrzeniu skierowywać je ku lazaretowi. Tutaj też została wzniesioną odpowiednia budowa mieszcząca czynny już przyrząd desinfekcyjny. Względnie zaś czasu przeznaczonego okrętom i podróżnym do pozostawania w posterunkach sanitarnych, dla poddania ich desinfekcyi i przekonania się o stanie zdrowia tak podróżnych jak i załogi, to liczba dni nie przeszła zwykłéj normy od 5—10. Zastosowały się do tego i władze angielskie na Cyprze, poddając 10-dniowéj obserwacyi wszystko, co przybija do wyspy a pochodzi z morza Czerwonego lub Syryi. Szereg ten sanitarnych ostrożności przeprowadzonych lub zaprojektowanych tylko uzupełnię jeszcze wiadomością, mającą pewną doniosłość dla hygijenicznéj przyszłości Carogrodu. Uorganizowano tu bowiem komisyję, któréj zadaniem będzie przeprowadzenie środków ostrożności i ulepszeń higijenicznych, jakich wymaga stan zdrowotny saméj stolicy. Potrzeba wprowadzenia sanitarnego tu porządku jest istotnie naglącą. Być też może, że ogólne o tem przekonanie i ciągłe narzekania pozwolą mi wkrótce zaznaczyć przynajmniéj ciekawsze z dodatnich rezultatów.

Pomimo że podane powyżéj fakta w zakresie epidemijologii Wschodu są z małym wyjątkiem powtórzeniem ostrożności sanitarnych zastosowanych w roku przeszłym, to niemniéj jednak ustalenie przyrządów desinfekcyjnych uznanych za niezbędne, daje pewną gwarancyję, że jakkolwiek parostatki i żaglowce pochodzące z Indyj angielskich, wskutek wręcz przeciwnego zapatrywania się ich władz na doniosłość zastosowywanych ostrożności sanitarnych, będą i nadal pośredniczyć w rozwlekaniu się plagi indyjskiéj, pomimo że w pewnych okolicach widzimy cholerę, jako stan patologiczny z charakterem umiejscowienia, to wszakże z dniem każdym rozporządzając pewniejszemi środkami ochronnemi zdobędziemy też sobie i podstawę większego bezpieczeństwa.

Odpowiem teraz na zapytanie, zkąd pochodzą dwie tegoroczne epidemije cholery na tureckim wschodzie?

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 8 października. Dnia 6 b. m. odbyło się uroczyste zagajenie roku szkolnego w Uniw. Jagiellońskim. Po nabożeństwie w kościele akademickim św. Anny odprawionem przez Jego Eminencyję kardynała księcia biskupa krakowskiego reprezentanci władz, profesorowie i studenci udali się do auli, gdzie ustępujący rektor prof. Zakrzewski oddał insignia nowo wybranemu rektorowi X. prałatowi Chotkowskiemu, zdawszy poprzednio sprawę z czynności zeszłorocznych. Z darów, przeznaczonych na cele uniwersyteckie, najznaczniejszy, bo 6000 złr. wynoszący, pochodził od X. Jana Gacewicza na stypendyjum dla jednego z członków seminaryjum historycznego. Nowo zaprowadzone studyjum rolnicze miało w półroczu 1-em 44, w 2-em 33 uczniów. Biblijoteka Jagiellońska liczy przeszło 200,000 dzieł i przeszło 5000 rękopisów; dotacyję dla niéj podniósł Rząd z 6000 do 9000 złr. Ciało uniwersyteckie składa się obecnie z 83 członków, a mianowicie 46 profesorów zwyczajnych, 14 nadzwyczajnych, 21 docentów prywatnych, 1 zastępcy profesora i 1 nauczyciela. Uczniów liczył Uniwersytet w 1-em półroczu 1240, w 2-em 1147. — Następnie objął urzędowanie nowy rektor, oddawszy cześć obecnemu Kardynałowi i zaleciwszy hasło rzymskiego cezara: *Laboremus!* Wreszcie wypowiedział wymowny Rektor wykład inauguracyjny p. t.: „Zasługi Papieża Leona XIII około historyjografii kościelnéj“.

* P. Minister oświecenia zamianował na rok szkolny 1891/2 dla Wydziału lekarskiego w Krakowie komisarzem rządowym Dra Stanisława Ponikłę, a jego zastępcą prof. Domańskiego; koegzaminatorem zaś przy rygorozum 2-em: prof. Gluzińskiego, a jego zastępcą prof. Jakubowskiego; wreszcie koegzaminatorem przy rygorozum 3-em: prof. Obalińskiego, a jego zastępcą Dra Trzebickyego.

* W sprawie szpitali prowincyjonalnych galicyjskich. Wydział krajowy postanowił przedstawić Sej-

mowi stan budynków szpitalnych, w jakich się te zakłady w r. 1866 znajdowały, kiedy Wydziałowi krajowemu wpływ na ich zarząd przyznano, a następnie wykazać, co od tego czasu aż do dnia dzisiejszego i z jakich funduszów za interwencyją Wydziału krajowego zdziałano; w końcu przedstawić wnioski, jak na przyszłość potrzebom w tym względzie zaradzić należy. Z zestawienia tego okazuje się, że umieszczenie naszych szpitalów prowincyjonalnych w chwili objęcia ich w zarząd władz autonomicznych pozostawiło bardzo wiele do życzenia.

Obecnie szpitale w Bochni, Drohobyczu, Jaśle, Kołomyi, Przemyślu, Rzeszowie, Sanoku, Sokalu, Stanisławowie, Stryju, Tarnowie, Złoczowie, Żółkwi i Żywcu zostały już stosunkowo do skromnych środków naszego kraju odpowiednio pomieszczone.

Szpitale w Podhajcach, Śniatynie, Zaleszczykach, a ewentualnie w Białéj wkrótce będą wymagały rozszerzenia swych budynków.

W Brzeżanach, Samborze, Tarnopolu, Wadowicach, ewentualnie w Sączu, wybudowanie nowych szpitalów jest konieczne.

Wydział krajowy uchwalił przedstawić Sejmowi wnioski następujące:

a) Z gminami, w których zachodzi potrzeba umieszczenia już istniejącego szpitala w nowym budynku, ma Wydział krajowy zawierać umowy, któremiby zobowiązał gminy do wybudowania z prawem regresu do funduszu zarobkowego i zapasowego szpitala — o ileby szpital posiadał — tudzież do pobierania z dochodów szpitala umówionego czynszu najmu nowego budynku w wysokości nieprzekraczającej rat amortyzacyjnych z kwoty, wydanej z funduszu gminnego, czy z własnéj czy pożyczonéj, a to dopóty, dopóki kwota ta nie będzie umorzoną.

b) Wydział krajowy nie będzie przedkładał Sejmowi prósb reprezentacyj powiatowych i gminnych o uznanie założonych przez nich szpitali za zakłady powszechne i publiczne, jeżeli szpitalowi nie oddadzą na własność budynku, w którym się mieści, wraz z całem urządzeniem wewnętrznem, tudzież jeżeli się aktem fundacyjnym nie zobowiążą pokrywać w przyszłości z własnych funduszów, bez pretensyj do funduszu krajowego lub szpitalnego, wszelkich nadzwyczajnych wydatków, połączonych z zarządem szpitala, czy to na nową budowę, czy na dobudowanie, czy na przebudowanie dawnego budynku, czy nareszcie na wewnętrzne urządzenie dodanych części.

* W tygodniu 38-ym (od 20—27 września) było w Krakowie małżeństw 10, urodzin 54, skonów 53, z tych z gruźlicy 10, z nieżytu żołądka i jelit 7, z zapalenia płuc 6, z dławca i błonicy 4.

* Na porządku dziennym pierwszego posiedzenia Izby poselskiéj dnia 8 b. m. we Wiedniu zebrać się mającéj jest sprawozdanie Wydziału zdrowotnego o petycyi związku lekarzy austryjackich względem z a p r o w a d z e n i a I z b l e k a r s k i c h. Tym sposobem już za dni kilka spodziewać się można załatwienia ostatecznego sprawy ogół lekarzy obchodzącéj, a od tak długiego czasu przewlekanéj.

* Liczba osób lekarskich, praktykujących w krajach reprezentowanych w Radzie Państwa z końcem roku 1889 wynosiła 7146 osób, między któremi było 5358 doktorów i 1788 chirurgów. Stosunkowo największa liczba osób lekarskich znajduje się w Tryjeście i w Austryi dolnéj (bo 61·7 na 100,000 mieszkańców). Po tych prowincyjach następują: Tyrol i Voralberg. Najgorzéj ma się rzecz w Galicyi (3·2), w Krainie (3·9) i w Bukowinie (3·7).

* Liczba głuchoniemych wynosi na 100,000 ludzi: w Szwajcaryi 245, w Austryi 130, Węgrzech 1?6, Szwecyi 102, w Prusiech 101, w Niemczech 93, Norwegii 86, Portugalii 74, w Ameryce północnéj 67, w Grecyi 64, Francyi 62, we Włoszech 53, w Hiszpanii 45, Belgii 43. (*W. med. Bl.*)

* **Francyja.** Izba poselska uchwaliła ustawę odnoszącą się do wykonywania praktyki lekarskiéj. Najważniejszemi przepisami téj ustawy są następujące: Kategoryja lekarzy podrzędnych (*Officiers de santé*) istnieć przestaje. Lekarze zagraniczni do wykonywania praktyki we Francyi potrzebują dyplomu francuskiego. Jednoczesne wykonywanie praktyki lekarskiéj i aptecznéj nie jest dozwolone. Pretensyje do wynagrodzenia za usługi lekarskie ulegają przedawnieniu w ciągu 5 lat. Lekarzom wolno zakładać Izby lekarskie. T y l k o l e k a r z o m wolno wykonywać praktykę lekarską. Wykroczenie przeciw tym przepisom karane będzie grzywną i więzieniem.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Prof. S c h a u t a objął kierownictwo 1 éj kliniki ginekologicznéj (po prof. Braunie) a prof. M o s e t i g oddziału chirurgicznego w szpitalu powszechnym (po prof. Salzerze), wreszcie docenci H a a k e r i H o c h e n e g g oddziałów w poliklinice. — Prof. M a y d l opuścił Wiedeń, udając się do Pragi, gdzie obejmuje kierownictwo kliniki chirurgicznéj w wydziale czeskim. W tymże wydziale habilitował się Dr. P e č i r k a jako docent chorób skórnych i syfilitycznych. — **Insbruck.** W ubiegłem półroczu letniem było w uniwersytecie tym słuchaczów 846, z tych 2.3 w wydziale lek.

* **Nekrologija.** We Wrocławiu umarli Dr. L i s s a u e r, asystent przy klinice psychijatrycznéj i tajny radzca lek. Dr. K l o p s c h, znany z prac swoich chirurgicznych i do historyi medycyny się odnoszących.

---

* **Sprostowanie.** W Nrze 40 zaszły następujące omyłki drukarskie w artykule Dra S r o c z y ń s k i e g o: „O leczeniu jaglicy“. 1) strona 1, wiersz 6 od dołu: zamiast „tą definicyją zmierzano“, należy czytać „tą definicyją zmierzam“. 2) str. 506 szpalta II, wiersz 31 od góry zamiast: „częstych przepłukiwań oka $^{2}/_{10}\,\%$ sublimatu“, winno być „$2\,^{0}/_{000}$ sublimatu“. — 3) str. 507 szpalta II, wiersz 12 od góry zamiast: „na czas spostrzeżenia“, winno być „na czas zaostrzenia“. — 4) str. 508 wiersz 14 od góry zamiast „Berthelos“, winno być „Berthelot“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.